



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,
ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ПОЛЕЗНОЙ МОДЕЛИ К ПАТЕНТУ

(21), (22) Заявка: 2004101068/20, 09.01.2004

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
09.01.2004

(46) Опубликовано: 10.07.2004

Адрес для переписки:
644099, г.Омск, ул. Ленина, 12, ОмГМА,
патентный отдел

(72) Автор(ы):

Коржук М.С. (RU),
Краля И.В. (RU),
Ситникова В.М. (RU),
Соколов С.А. (RU),
Гершевич В.М. (RU)

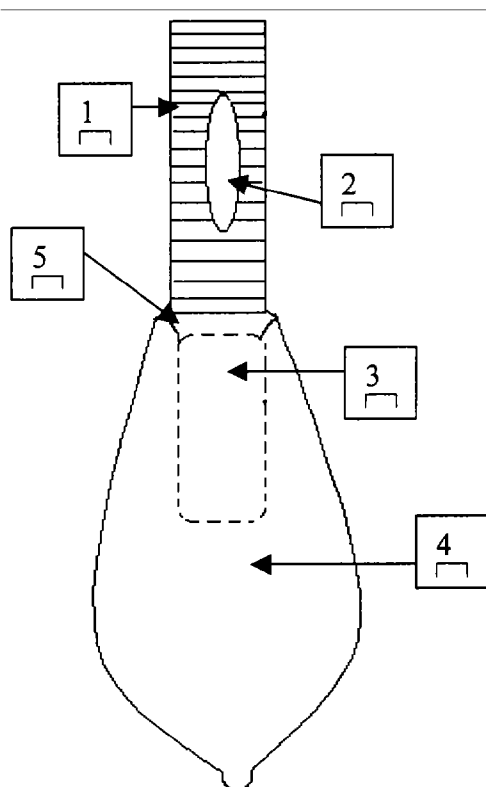
(73) Патентообладатель(и):

ГОУВПО Омская государственная
медицинская академия (RU)

(54) КОСТНЫЙ ЛОСКУТ ДЛЯ ДЕФЕКТА ТРАХЕИ

Формула полезной модели

Костный лоскут для закрытия дефекта передней стенки трахеи, отличающийся тем, что он выкроен из кортикального слоя верхней трети грудины на надкостничной ножке.



Полезная модель относится к области медицины, в частности, к торакальной хирургии, и предназначена для использования при оперативных вмешательствах на трахее, пластики дефекта передней стенки трахеи.

Известны методики, предусматривающие пластику дефекта передней стенки трахеи свободным трансплантатом. Тем самым обеспечивается адекватная аэродинамика, проходимость трахеи в зоне дефекта. (Aguilera I.M., Walker R.W., Dearlove O.R. Posintubation tracheal stenosis in an 11-year-old boy: a surgical and anaesthetic challenge. // Paediatr Anaesth 2002 Oct; 12(8): 733-7; Forsten J.W. Jr, Lusk R.P., Huddleston C.B. Costal cartilage tracheoplasty for congenital long-segment tracheal stenosis. // Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002 Feb.; 34(3): 245-52). Недостатком данных методик является то, что невазуляризованный костный или хрящевой трансплантат, не имея достаточного питания, может отторгаться как чужеродная ткань. Особенно часто это наблюдается при применении алло- и ксенотрансплантатов. Пластика же местными тканями не всегда дает достаточную каркасность передней стенки трахеи, в связи с чем часто возникает рестеноз, либо миграция свободного трансплантата.

Известны методики устранения обширных дефектов трахеи с помощью сложных костно-мышечных, кожно-костно-мышечных лоскутов, взятых из области шеи, верхней половины грудной клетки, использовать кожно-хрящевые лоскуты из аутохряща, реберной дуги, ушной раковины, носовой перегородки (Гудовский Л.М., Миланов И.о., Паршин В.Д., Трофимов Е.И. Аутопластика обширных окончатых дефектов трахеи с использованием микрохирургической техники. // В кн.: Актуальные вопросы торакальной хирургии. Пермь. - 1998. - с.154-156). Недостатком метода является сложность перемещения трансплантата к зоне дефекта трахеи.

Задачей полезной модели является адекватная пластика дефекта передней стенки трахеи с сохранением ее каркасности.

Поставленная задача решается тем, что костный лоскут выкроен из кортикального слоя верхней трети грудины на надкостничной ножке.

На фиг. схематично показаны: 1 - трахея, 2 - дефект трахеи, 3 - лоскут, 4 - грудина, 5 - надкостничная ножка.

Доступ к трахее осуществляют путем колотомии (боковой, или, лучше, срединной), при этом иссекают имеющиеся рубцы на передней поверхности шеи. Трахею мобилизуют в зоне ее стеноза. Срединный доступ к трахее позволяет свободно манипулировать в данной топографической области. Выкраивают лоскут из надкостнично-кортикального слоя передней поверхности грудины. Дефект кортикального слоя грудины корригируют при помощи воска. Колотомию и доступ к грудине объединяют в единый доступ. Костно-надкостничный лоскут грудины укладывают в зону дефекта трахеи, укрепляют узловыми швами атравматическим шовным материалом (предпочтительнее полисорб 3/0-4/0). В последующем кортикальная пластинка грудины рассасывается и остается плотный, сформированный рубцовый каркас.

По данной методике пролечено 3 пациента с обширным дефектом передней стенки трахеи, когда традиционные методики пластики передней стенки трахеи были неэффективны. В послеоперационном периоде отмечалось более комфортное состояние, отсутствие нарушения аэродинамики.

(57) Реферат

Полезная модель относится к области медицины, в частности, к торакальной хирургии, и предназначена для использования при оперативных вмешательствах на

трахее. Задачей полезной модели является адекватная пластика дефекта передней стенки трахеи с сохранением ее каркасности. Поставленная задача решается тем, что костный лоскут выкроен из кортикального слоя верхней трети грудины на надкостничной ножке.

5

10

15

20

25

30

35

40

45

50

Реферат

Костный лоскут для дефекта трахеи

Полезная модель относится к области медицины, в частности, к торакальной хирургии, и предназначена для использования при оперативных вмешательствах на трахее.

Задачей полезной модели является адекватная пластика дефекта передней стенки трахеи с сохранением ее каркасности.

Поставленная задача решается тем, что костный лоскут выкроен из кортикального слоя верхней трети грудины на надкостничной ножке.

2004101068



A61B17/00

Костный лоскут для дефекта трахеи

Полезная модель относится к области медицины, в частности, к торакальной хирургии, и предназначена для использования при оперативных вмешательствах на трахее, пластики дефекта передней стенки трахеи.

Известны методики, предусматривающие пластику дефекта передней стенки трахеи свободным трансплантатом. Тем самым обеспечивается адекватная аэродинамика, проходимость трахеи в зоне дефекта. (Aguilera I.M., Walker R.W., Dearlove O.R. Postintubation tracheal stenosis in an 11-year-old boy: a surgical and anaesthetic challenge. // Paediatr Anaesth 2002 Oct; 12(8): 733-7; Forsten J.W. Jr, Lusk R.P., Huddleston C.B. Costal cartilage tracheoplasty for congenital long-segment tracheal stenosis. // Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002 Feb.; 34(3): 245-52). Недостатком данных методик является то, что неваскуляризованный костный или хрящевой трансплантат, не имея достаточного питания, может отторгаться как чужеродная ткань. Особенно часто это наблюдается при применении алло- и ксенотрансплантатов. Пластика же местными тканями не всегда дает достаточную каркасность передней стенки трахеи, в связи с чем часто возникает рестеноз, либо миграция свободного трансплантата.

Известны методики устранения обширных дефектов трахеи с помощью сложных костно-мышечных, кожно-костно-мышечных лоскутов, взятых из области шеи, верхней половины грудной клетки, использовать кожно-хрящевые лоскуты из аутохряща реберной дуги, ушной раковины, носовой перегородки (Гудовский Л.М., Миланов Н.о., Паршин В.Д., Трофимов Е.И. Аутопластика обширных окончатых дефектов трахеи с использованием микрохирургической техники. // В кн.: Актуальные вопросы торакальной хирургии. Пермь. – 1998. – с. 154-156). Недостатком метода является сложность перемещения трансплантата к зоне дефекта трахеи.

Задачей полезной модели является адекватная пластика дефекта передней стенки трахеи с сохранением ее каркасности.

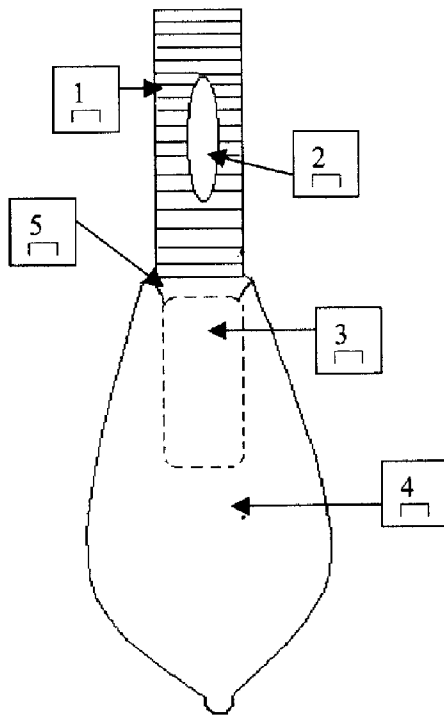
Поставленная задача решается тем, что костный лоскут выкроен из кортикального слоя верхней трети грудины на надкостничной ножке.

На фиг. схематично показаны: 1 – трахея, 2 – дефект трахеи, 3 – лоскут, 4 – грудина, 5 – надкостничная ножка.

Доступ к трахее осуществляют путем колотомии (боковой, или, лучше, срединной), при этом иссекают имеющиеся рубцы на передней поверхности шеи. Трахею мобилизуют в зоне ее стеноза. Срединный доступ к трахее позволяет свободно манипулировать в данной топографической области. Выкраивают лоскут из надкостнично-кортикального слоя передней поверхности грудины. Дефект кортикального слоя грудины корригируют при помощи воска. Колотомию и доступ к грудине объединяют в единый доступ. Костнонадкостничный лоскут грудины укладывают в зону дефекта трахеи, укрепляют узловыми швами атравматическим шовным материалом (предпочтительнее полисорб 3/0-4/0). В последующем кортикальная пластинка грудины рассасывается и остается плотный, сформированный рубцовый каркас.

По данной методике пролечено 3 пациента с обширным дефектом передней стенки трахеи, когда традиционные методики пластики передней стенки трахеи были неэффективны. В послеоперационном периоде отмечалось более комфортное состояние, отсутствие нарушения аэродинамики.

Костный лоскут для дефекта трахеи.



Фиг.